

L'area critica e l'infermiere specialista: il nuovo scenario dell'infermiere clinico dopo il DM 177/2026

Silvia Scelsi

Presidente ANIARTI

Un paziente arriva in pronto soccorso con dispnea severa. Saturazione in rapido calo, agitazione, segni di insufficienza respiratoria acuta. Nel modello tradizionale, l'infermiere attiva il percorso, monitora, esegue. Nel nuovo scenario delineato dal Decreto Ministeriale n. 177 (DM 177)¹ del 25 febbraio 2026 (MUR, 2026), la scena cambia radicalmente: l'infermiere valuta, interpreta, anticipa. Non attende semplicemente indicazioni, ma contribuisce in modo attivo e competente alla gestione immediata del caso. È in questo passaggio, concreto e quotidiano, che si coglie la portata della riforma. Il DM 177/2026 non introduce solo modifiche formali ai percorsi formativi, ma ridefinisce il ruolo stesso dell'infermiere all'interno dei contesti ad alta complessità rispetto al DM739/1994.^{1,2} L'emergenza-urgenza e la terapia intensiva diventano i luoghi simbolo di questa trasformazione. Nel contesto dell'emergenza, immaginiamo un turno in pronto soccorso. Il flusso è continuo, i codici si sovrappongono, il margine di errore è minimo. Qui l'infermiere non è più un semplice esecutore di protocolli, ma un professionista che governa la complessità.³ Il triage si trasforma in un processo decisionale avanzato: riconoscere precocemente un deterioramento, attribuire priorità cliniche, attivare percorsi tempo-dipendenti non sono più atti routinari, ma competenze critiche.³ Lo stesso avviene nella gestione del paziente instabile. Arresto cardiaco, trauma maggiore, shock: situazioni in cui il tempo è determinante e la qualità della risposta dipende dalla capacità del team di agire in modo coordinato. In questo scenario, l'infermiere assume un ruolo attivo nel decision making, partecipando alla costruzione della risposta clinica e non limitandosi alla sua esecuzione.⁴ Se ci spostiamo in terapia intensiva, lo scenario si fa ancora più complesso. Un paziente ventilato, sedato, con supporto emodinamico richiede un monitoraggio continuo e una capacità interpretativa elevata.⁵ I dati non sono semplicemente raccolti: vengono letti, correlati, trasformati in azioni. L'infermiere diventa il professionista che osserva l'andamento clinico nel tempo, intercetta segnali precoci di instabilità e contribuisce alla modulazione dei trattamenti. Pensiamo alla gestione della ventilazione meccanica o alla sedazione: ambiti in cui l'applicazione di protocolli complessi richiede non solo competenza tecnica, ma anche capacità clinica. In questo contesto, il ruolo infermieristico evolve verso una maggiore autonomia operativa, sempre all'interno di un modello multiprofessionale, ma con un peso decisionale più definito.^{6,7} Il DM 177/2026,¹ in questo senso, non ridefinisce semplicemente "cosa fa" l'infermiere, ma "come lo fa" e "con quale responsabilità". Non si tratta di sovrapporsi alla funzione medica, bensì di costruire un equilibrio diverso, fondato sulla competenza avanzata e sulla collaborazione strutturata.⁴

Il vero elemento di novità è dunque lo scenario: un sistema sanitario in cui l'infermiere è chiamato a essere protagonista nei contesti

critici, a gestire processi complessi e a contribuire in modo più definito e diretto agli esiti clinici.⁴ Le future lauree magistrali a indirizzo clinico, previste dalla riforma, rappresentano lo strumento formativo per sostenere questo cambiamento, ma è già nel DM 177/2026 che se ne intravede la direzione. La sfida sarà ora tradurre questo scenario in realtà operativa. Serviranno modelli organizzativi coerenti, riconoscimento istituzionale delle competenze e, soprattutto, un cambiamento culturale all'interno dei contesti di lavoro. Perché il rischio, altrimenti, è che il nuovo infermiere resti una figura prevista sulla carta, ma non pienamente espressa nella pratica. Se invece questa trasformazione verrà accompagnata e sostenuta, l'emergenza e la terapia intensiva diventeranno il laboratorio di una nuova identità professionale: quella di un infermiere clinico avanzato, capace non solo di assistere, ma di incidere in modo determinante sul percorso di cura del paziente.

Bibliografia

1. Ministero dell'Università e della Ricerca. Decreto Ministeriale n. 177 del 25 febbraio 2026 [Decreto Ministeriale]. Roma; 2026 Feb [cited 2026 Mar 29]. Report No. Disponibile presso: <https://www.mur.gov.it/atti-e-normativa/decreto-ministeriale-n-177-del-25-2-2026>
2. Ministero della salute. Decreto Ministeriale n. 739 del 14 settembre 1994 — Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere [Internet]. 1994 Sep. Report No. Disponibile presso: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/s-g>
3. Denke NJ. The role of emergency nurses in emergency preparedness and response. *J Emerg Nurs* 2025;51:30–5.
4. Woo BFY, Lee JXY, Tam WWS. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Hum Resour Health* 2017;15:63.
5. Kleinpell RM, Grabenkort WR, Kapu AN, et al. Nurse practitioners and physician assistants in acute and critical care: a concise review of the literature and data 2008–2018. *Crit Care Med* 2019;47:1442–9.
6. Guidelines on advanced practice nursing. International Council of Nurses; 2020 [cited 2026 Mar 29]. Disponibile presso: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
7. Chief Nurse Office (CNO), Health Workforce (HWF). State of the world's nursing report 2025. (World Health Organization):166.

Corrispondente: Silvia Scelsi, Presidente ANIARTI, via Francesco Nullo 6°, 16147, Genova Italia.
E-mail: presidenza@ANIARTI.it

Parole chiave: emergenza-urgenza, terapia intensiva, identità professionale.

Tabella di confronto delle funzioni infermieristiche: prima e dopo la riforma

Ambito funzionale	Modello precedente (DM 739/1994)	Nuovo scenario (DM 177/2026)
Valutazione clinica	Raccolta dati e osservazione	Valutazione clinica avanzata e interpretazione dei segni di instabilità
Decision making	Limitato, su indicazione medica	Partecipazione attiva ai processi decisionali clinici
Triage (emergenza)	Applicazione protocolli	Triage avanzato con priorità clinica autonoma
Gestione paziente critico	Supporto alle decisioni mediche	Presa in carico attiva e gestione integrata del paziente acuto
Monitoraggio (TI)	Rilevazione parametri	Interpretazione dinamica dei parametri complessi
Protocolli clinici	Esecuzione	Applicazione autonoma e adattamento in base al quadro clinico
Autonomia professionale	Limitata e subordinata	Rafforzata, con responsabilità clinica crescente
Ruolo nel team	Collaborativo-esecutivo	Collaborativo-decisionale
Continuità assistenziale	Parziale	Gestione del percorso del paziente (PS-TI-reparto)
Responsabilità clinica	Indiretta	Più diretta e riconosciuta